

《論 說》

医薬分業論

——専門家集団としての医師団体と薬剤師団体——

柳 原 太 郎

はじめに

国（厚生省）は、平成元年度以降、医薬分業の推進に自ら本腰を入れ始めたようである。

まず、平成元年になってからの医療関係の新聞記事を追ってみよう。「無駄な医療費二七二億円も・目立つ老人薬漬け」（二・二七、京都）。これは昭和六二年度の健康保健組合連合会のレセプト点検調査の結果、薬の過剰投与、検査過多、不必要な長期入院など無駄な医療が一二〇七万件の点検対象のうち、二・五パーセントに当る三〇万件、老人保健の場合は更に高く五・五パーセントに及んだという。「薬害すぐにチェック・全国に電算機監視網・各薬局に回線、処方せん点検」（三・五、朝日）。医薬分業を前提に、一定の地区ごとに「医薬品情報センター」を設け、患者の「薬歴簿」を備えつけ、薬の重複投与や副作用防止を図ろうとするもので、厚生省と日本薬剤師会では、まず、東京都を始めとする八都道府県から実施するという。「国立病院外来、薬は町の薬局・厚生省「医療分業へ」（三・一六、

朝日)。厚生省は、全国国立病院長会議で、全国九九の国立病院のうち、三四施設を対象に向う三年間で医薬分業の実施を要請した。さらに「高齢患者の多服用薬害・薬局薬剤師が点検・追跡・厚生省分業システム確立へ」との見出しの記事と並んで「薬の副作用・医師の三分の一報告せず」(六・一八、朝日)がある。これは厚生省の「医薬品モニター制度活性化方策についての研究班」の調査報告の記事である。調査研究班は、一八のモニター病院の医師一、九六五人、薬剤師四〇三人を対象にその実態につき調査した結果、その四五パーセントがモニター制度を「知らない」、また、日常の医療の中で九二パーセントの医師が副作用症例を経験、その中には「重篤な症例」もあったが、これを厚生省に報告した医師は一三パーセント、メーカーには三九パーセント、残り三一パーセントは「どこにも報告していない。」と薬事法による医薬品情報提供義務履行の実態を明らかにしている。そして、これらの記事の極めつけともいふべきものが「薬価差益年に一兆三〇〇〇億円・八十七年度分、厚生省が初めて公表・医薬総額の二五%相当」(二一・九、朝日)であろう。これは衆議院の決算委員会が厚生省保健局長が質問に答えたもので、八七年度中、医療機関に支払われた医薬品費は約五兆一六〇〇億円、このうちの四分の一が医療機関の差益収入となっている。この問題は、従来どちらかというタブー視されて来たが、質問者草川代議士(公明)も「まさか厚生省がこれを明らかにしてくるとは思っていませんでしたよ。」と驚きをかくさない(週聞新潮、一一・三〇)。

ところで、平成二年度を迎えるに当たっての全国衛生主管部長会議で北郷薬務局長は、医薬分業推進について言及し、それに影響を与える要因として以下の三点を挙げている。五〇〇〇万円以上の収入のある医師に対する税制上の特例措置の廃止(医薬品費を除外して、総収入を五〇〇〇万円を超えないように抑えるようになる)、病院外来の増加(病院内の調剤所のみでは対応し切れない——いわゆる三時間待ちの三分診療の是正)、先進国で医薬分業制度が確立していないのは日本と韓国のみである。さらに分業体制の整備の条件として、医師と薬剤師の信頼関係の確立、薬局で

の品揃えを挙げ「医薬分業は長い目でみれば、必然と考える。」と結んでいる（薬務公報、七・一一）。一見淡淡としたあいさつであるが引用した一連の新聞記事でも明かなように、第二臨調でも指摘のあった「国民医療費増高の抑制・医療資源の効率的利用」がその背景に問題意識とされ、その一翼を担うものとして医薬分業の推進が意図されていることは容易に想像できる。

医薬分業については、明治七年、初の医事法規ともいべき「医制」に明定された。それは、医師が薬師（くすし）と称せられたように、医師自らが投薬、調剤するという旧来の医療慣行を一変しようとするものであった。ここに、わが国における医薬分業の歴史は、その実現を図る薬剤師団体（薬剤師の名称は、明治二年制定の「薬律」による。それまでは、正確には薬業団体と称すべきであろう）とその阻止を企てる医師団体の抗争の歴史として幕を切られたといつてよい。日本医師会（大正五年設立）の前身である大日本医師会が結成された直接の動機は、「日本薬剤師会が議会にはたらきかけて薬律（薬品営業並薬品取扱規則——明治二十二年法律第十号の通称）を改正し、悲願の医薬分業を実現しようとしたことであった。」（日本医師会創立七十周年記念誌、日本医師会、昭和六一年）わが国における医師団体は、まさに医薬分業の阻止そのものが直接の目的で設立されたのである。

漢方から洋薬へ、医薬品そのものの西洋化が行われたのに伴って、明治政府は、医制の制定によって医療制度の西洋化をも試みた。しかし医薬分業は、あとでみるように、戦後、GHQによる強力な勧告が行われるまで後退の一次をたどった。それは医師団体の薬剤師団体への力による勝利でもあった。しかも、その後も日本医師会に武見太郎という強力な指導者がその指揮をとり、医薬分業は迂余曲折の途をたどった。

医療のその殆んどが、公的医療保険制度によって支えられているこんにち、国民総医療費を手放して聖域視するとは許されないであろう。しかし、医療費の毎年の伸び率をGNPのそれより低く抑えることが、そのひとつの指標

とされるとき、医療支出は国民総生産におけるマイナス支出とみられているといつてよい。これは、果してそれではないのか。「病気になる権利」とまでいわないにしても、医療は「最も人間的な消費」（米本昌平、遣伝管理社会、平成元年）といえないであらうか。だとすれば第二臨調の掲げるもうひとつの目標、医療資源の効率的利用の社会的な意味内容を問ひ直す必要がある。とくに巨大な薬物治療の時代といわれるこんにち、これは専門家集団である医師団体と薬師団体の動向をさけて通ることはできない。しかも、国は、これに対する対応策として、医薬分業という古くて新しい賽を真正面から投げかけてきたのであるから。本稿では、専門家集団としての圧力団体研究のひとつのケース・スタディとしてのこの問題を取りあげる。

一

「日本の医薬分業問題の推移ほど、世にも奇妙なものはない。わが国の医療制度の基本を定めた明治七年（一八七四）の「医制」以来、原則として医薬分業を承認し、医師の調剤は暫定的な例外措置と明確に規定しながらそれから百年近くも経った今日もなお、それが実現されないからである。」（菅谷章、医薬分業の法制の変遷と分業運動（その1）、日本薬剤師会雑誌、昭和四七年）そして菅谷は、明治七年の医制の制定から現在に至る医薬分業実現をめぐる運動を振り返って、それは医師と薬剤師の対立として長年にわたって繰返されてきたが、結果的には医師会側の力づくで分業は阻止され続けてきた。医薬分業が国民大衆の健康福祉にいかなる役割を果たすか当事者である医師・薬剤師は互に自己の利害関係に立脚した狭い視野からではなく、国民的立場からもっと冷静に考え、判断してゆく必要がある。というのがその結論であった。

この一世紀にわたる医薬分業運動の時代区分とその態様については中村健らは次のように要約する。

一 医薬分業制度の導入と議会闘争期（明治・大正の全期）

二 昭和前期（戦争終結まで）（昭和元年～二〇年）

三 医薬分業法の制定期（終戦から分業法の制定まで）（昭和二〇～三〇年）

四 医薬分業法制定後の低迷とその脱皮期（昭和三一～四八年）

五 分業元年からの進展期（昭和四九～五七年）

六 患者指向型分業の目覚めとその実践期（昭和五八～平成元年）

中村らは、この各時代区分ごとにその史実についての考察をし、結論として、戦前、戦後を通じ薬剤師側が、人的、物的な受入体制未整備のまま政治闘争に終始したこと、の歳月がいかに無益であったかと反省し、こんご医療上の実績に裏付けられた国民的理解、そのための環境基盤整備の必要性を説く（中村健・永喜美和子・飯塚桂子・藤井正美、医薬分業活動の歴史の変遷とその考察、薬史学雑誌、一九八九年）。

菅谷、中村らの両論文は、いずれも医師団体および薬剤師団体の医薬分業をめぐる運動が国民不在であったか。がそのたどりついた結論であった。ただ、そこに至る過程の認識については、菅谷は、両団体の抗争に重点がおかれていたし、中村らは、薬剤師団体の国民不在の無益な政治闘争にその視点が注がれている。さきにみたように、わが国における医師団体の設立は、薬剤師団体の医薬分業運動に触発されたからであった。しからば、その間にあって政府は、いかなうな役割を果たしたのか、をも見極めておく必要がある。政治、経済、社会の各分野にわたる西洋化は、明治政府の発足に当たっての課題であった。それは、トインビーに倣うていうと、文明と文明との邂逅であった、といつてよい。医薬制度はそのなかにあっていかなる変遷をたどったのか。以下中村らの時代区分を念頭に検討を進める。

医制の立案者は、明治四年、特命全権大使右大臣岩倉具視に随行して欧米の医事制度を視察し、帰国後、政府の医

務局長に就任した長与専齊である。この医制は、七六か条からなり、東京、京都、大阪の三府に達せられた。

その内容は、衛生行政全般から医学教育にまで及んでいるが、医薬分業に関係する条文は、次の三か条である。

第四十一条 医師タル者ハ自ラ藥ヲヒサグコトヲ禁ス、醫師ハ処方書ヲ病家ニ付与シ相当ノ診察料ヲ受クヘシ、
 …二等医師ハ願ニヨリ藥舖開業ノ仮免状ヲ受ケテ調剤ヲ許ス

第四十三条 医師私カニ藥劑ヲヒサキ或ハ藥舖ニ通シテ奸利ヲ謀ルモノハ開業ヲ禁シ文部省及ヒ地方庁ニテ其事由ヲ報告スヘシ

第五十五条 調業ハ藥舖主藥舖手代及ヒ藥舖見習ニ非サレハ之ヲ許サス、但シ、藥舖見習ハ必ス藥舖主若クハ手代ノ差図ヲ受ケテ其目前ニテ調業スヘシ

この「藥ヲヒサクコトヲ禁ス」という語句は、戦後、GHQの担当者が「日本では医師、歯科医師が薬や金を売り、薬局では雑貨を売っている。」との言明と相通ずる発想である。たしかに当時、医師に対し薬礼と称して金員を包んでいたが、貰う方にも贈る方にも「ヒサグ」という觀念があったのであろうか。欧米視察直後の長与によって立案された医制のこの発想は、すでに明治四年、来日していたドイツ人ミユルレルの医薬分業の建白と相俟って、欧米の医薬制度の直訳の感が深い。ただ、例外として二等医師に対して「調業兼帯」が認められていたし、医制の施行に当たってもその前文で、従来の習俗に逆らわず、緊急の案件から逐次実施してゆく方針であった。「別冊医制先以三府ニ於テ施行可致御許可相成候処従来之習俗素ヨリ一時難被行事情モ可有之ニ付着手之儀ハ現今緊要之条件を採摘シ其都度可相達条順次行届様厚ク可致注意此旨相達候也」という次第であった。明治三十一年、民法、法例が施行されるまで、明治政府は慣習の取扱いに苦慮した。明治一二年、司法省は、認許し得べき慣習とは「条理ニ背戾」しないもの、即ち「有マジキヨキ」ではないものとされた（明治文化史2 法制、昭和五五年）。薬礼のごときは、觀念としては、淳風

美俗に属するものであったのであろう。

明治八年、医務局は、内務省に移管され、名称も衛生局と改められた。同時に「薬舗開業試験施行ノ件」が布達された。新規に薬舗を開業しようとする者は、所定の試験を受け免状を受けなければならないが、「従来開業ノ薬舗主ハ試験ヲ要セス」とされ、仮免状としてその既得権は「凡ソ十年」とされた。

日本薬剤師会史（創立八十年記念）（一九七三年、日本薬剤師会）によると、医制の発布に対する薬業界の反応は、様ざまであり、進歩的な比較的少数の業者は、その前途に大きな期待をもったが、他の多くは懐疑的で、医師は薬舗兼業も許され、容易に処方せんを発行するとは期待もせず、かつ現状を維持しうる安易さから、今さら勉強して受験するのを好まない傾向であった。明治九年の内務省調査によると、全国（鹿児島県を除く）薬舗総数五、九九三人で、うち免許をえたるもの二三人、和薬舗一六人、漢薬舗六三二人、洋薬舗五、二八八人で、大多数は洋薬に転向したものの、免許取得については、殆んど無関心であったという。

さて、憲法制定、国会開設をひかえ政府は、万般の制度を完備しておく必要があった。薬事制度もその例外でなかった。ところで、医制により「凡ソ十年」の既得権保障の期限である明治一七年における免許薬舗は遅々として増加せず、一四八人を数えるのみであった。しかし、各府県では、この期限をひかえ、逐次免許薬舗のみに調剤を許し、他は薬種商として薬品販売のみを免許する薬種商営業規則を布達、体制の整備をはかった。そのため薬舗試験受験者の数は若干増加したものの、医制により既得権をそのまま保障された医師数とは格段の差があった。

明治二〇年、医師により東京医会が、そしてそれに刺戟されて薬舗開業者により東京薬舗会が設立され、東京医会に対し「医薬分業ニ関スル意見書」を投げかけたのを皮切りに、新たな薬事法制度に向い医薬分業の完全実施をめぐる対立抗争が始まった。しかし、その数（明治二三年、全国医師数三八、〇〇〇人、薬剤師数一、七〇〇人）に

おける過去の実績はいかんともし難かった。

明治二二年、近代的薬事法規の原点ともいふべき「薬律」が制定された。ここで、従来の薬舗主は、薬局を開設して調剤を行なう薬剤師と称し、薬品を販売するのみの薬種商と法制上の区分がされた。専門職としての第一歩が踏み出されたといつてよいであらう。ところで、問題の医師の「調薬兼帯」については、その附則第四三条で、「医師ハ自ラ診療スル患者ノ処方ニ限り……自宅ニ於テ薬剤ヲ調合シ販売授与スルコトヲ得」と医制が過途的措施としていたことから大きく後退した。この附則第四三条は、当初の原案には無かったが、医系の当局者の要望で「当分ノウチ……」の文言を入れて元老院に付議された。ところが公布された薬律には、この経過規定も削除され、医師の調剤権はいわば永久的なものとなった。この法律案作成から公布に至るまでの変化は、立法制度の不備とみるか、医師団体の政治力とみるか、政府の慣習尊重とみるかは、詳かでない。しかし、改正された法案の趣意書によると「帰着ノ目的ハ此（医薬分業）ニ外ナラズト雖モ本邦ニ於テハニ学ノ進歩大ニ其度ヲ異ニシ、且二千有余年ノ久シキ医師ハ売薬ノ益ヲ以テ生計トシ、一般人民モマタ其ノ便ニ頼ルモノナレバ……」（根本曾代子、日本の薬学、一九八一年、南山堂）と医制の施行方針の習慣尊重が、この薬律で再確認されたことは、医師団体と薬剤師団体の力量の差とみるべきであろうか。しかし、ここから「タテマエ」としては医薬分業でありホンネとしては医薬兼業という形態が日本の医薬制度に定着」（吉岡信、クスリと社会、昭和五六年、薬事日報社）したといえるし、以後、医薬分業の実現は、薬剤師団体の悲願ともいふべきものになる。ただし、ここでは「医師ハ専ラ売薬ノ益ヲ以テ生計トシ」に注目しておきたい。薬律では、医師は物心ともの薬礼としてではなく、医制の「薬ヲヒサク」ことが認知されたのである。そして、その要因として、明治七年の医制からここに至るわが国の資本主義制度発達に伴う社会的背景に注目さざるを得ない。

明治二〇年、東京薬舗会結成以後、薬業団体は地域的に結成が進められ、薬律改正運動を行なつて来たが、明治二

六年、その頂上団体としての日本薬剤師会が設立され、引続き帝国議會に対し薬律改正を働きかけた。それは、明治二十四年の第二回帝國議會を皮切りに、昭和一〇年の第六七回帝國議會に至るまで明治、大正、昭和の三代、四四年間、延べ一五回に及んだ（その対抗手段として、明治二六年、大日本医師会が設立されたことは、先に述べた）。それは「正に議會史上類例なきもの」（中村ら、前掲）であった。それは、中村らによると、人的、物的な受入体制の整備を怠ったままの無益な政治闘争であったという。たしかに国家の基盤をなす社会の変化を見据え捐った薬剤師団体の政治闘争は実り少いものであった。のみならず「医薬分業を主張する代議士は次期必ず落選する」（日本薬剤師会史）のジンクスすらまかり通るようになった。

ここで、医師団体側の医薬分業反対論の核心ともいうべきものが、医師に対する薬礼の性格論である。「薬剤の代価には診察謝礼の意味を含みその授受は商売的ならず富者より過分に受けることあると同時に薬代を払わざる者には敢えてこれを催促せず所謂飲倒し者既に医療の代価を収めざるあるものは間接に施療を受けることとなりて医師は貧民に対する慈恵病院の代理を為すの効能あり今分業して診察料と薬価とを現金に取り立てれば貧民は医師に就くことを得ず却て病死者の数を増すに至るべし……」（『東京医師会、明治二十四年一月一〇日、時事新報号外』（古賀惣五郎、明治大正日本薬学史、昭和一二年、薬石新報社）。いわゆる「医は仁術」論である。しかもこれは「経済上日本固有の良組織」であるとされる。貝原益軒の養生訓の「医は仁術なり。仁愛の心を本とし、人を救うを志とすべし。わが身の利養を専らに志すべからず」は、薬代には診察報酬が含まれている。しかし、それは富者に厚く、貧者には薄く、または採領しない。という意味内容として解釈された。

ところで、明治末期になると、わが国の資本主義の発展と日露戦争後のインフレも加って社会不安が激化するに至った。それへの対応として、明治四四年、「施療の大詔」が発せられ、恩賜財団済生会が設立された。当初、済生会の直

営診療所は、東京に五か所のみであり他はそれぞれの府県で対象者に施療券を発行し、診療は一般の病院・医院に委託された。そして各府県の医師会は、これに協力した。ところが、これに刺戟されてか、同年、横浜に社会法人実費診療所が設立され、横浜医師会の協定料金の三分の一以下の料金で診療を始めたが、横浜医師会はこれに反対、終には医師会法第一条違反（会則・規則に違反した会員には過怠金を課す）を根拠に訴訟にまで発展した（日本医師会、前出）。

対議会闘争Ⅱ政治力では、日本医師会との差を思い知らされた日本薬剤師会は、直接、国民への宣伝活動に戦術転換をはかった。大正一〇年二月、日薬主催の「医薬分業宣伝公開講演会」で辯士に立った賀川豊彦は、次のように訴えた。「医者が真に人間の生命を尊重し、患者に対して真の同情をもっているとしたならば、医薬分業は先づ第一に医者の中から生れてこなければならぬ筈である。然るに自分がかつて人民の為に施療院を建設せんとしたときに、真先に反対したのは市の医師会であった。此の如き挙に出なければならぬ我國の医師には何らかの誤解がなくてはならない。」賀川は、医薬分業を階級的立場から論ずるのであるが、医師のなかでも医薬分業推進派もあった。中浜東一郎、田代義徳（東大教授）、高木兼寛（慈恵医学専門学校長）らである。これらの諸論のなかで注目すべきものに中浜の医師投薬による「過剰投与」の指摘がある。「分業論に曰く。医師は往々無用の薬品を投与すと。此一項は実に医師の通弊なり。……而れども単に点眼薬を用いて足るべき眼疾者に内服薬を与へ、甚しきに至りては二品若しくは三品の薬を服せしむること往々これ有り、此れ診察料を得ざるを憾みて濫りに薬剤を販売するもの、陋習といわざるべからず。」（菅谷、前出（その2））これは医師側からの内部告発ともみるべきか。さらに池上重行の医薬分業による処方せん開示論がある。池上は、一九三二年の医薬分業を論じた著書のなかで、そのメリットのひとつとして次のように論ずる。「……分業すれば処方箋に依って治療の内容が公開され多年秘密の暗雲に塞されてきた医師が、社会的批判の前に曝される結果、本邦の医療組織の中に存する不合理、欠陥は立所に掃蕩せられ匡正され、前述した如く現在

の營利的秘密主義、欺瞞治療に伴ふ必要以上の薬剤の給付、故意に基く服薬期間の引延等は出来なくなり、結局安価な薬で医療能率は増進し、陰に陽に患者の負担は軽くなり、医療の合理化が実現する。」(菅谷、前出(その3)) 医薬分業による処方せん公開のメリットを説くこの提言は、極めて先駆的ではあるが、情報公開による医療の改善というより医師に対する義憤ともいふべきものが先行し、それが社会性を持つには、なお日時を要したのである。

これら分業推進派の論議は、医師は過剰な診療・投薬を行い過分の所得を得ているのではないか、ということに集約されるのであるが、実態は果してどうであったか。

明治二〇年、所得税法が初めて設けられた。この年の医師総数約三六、〇〇〇人、その半数が五〇〇円以上の所得ありと認定され、その所得総額で総税収の一六パーセント、納税額で約一三パーセントを占めていたと推定され、開業医(洋薬)の黄金時代というべき時期であったという(川上武、現代日本医療史、一九七三年、勁草書房)。

大正一四年、薬剤師法及薬品法の制定に当って、法案中の薬剤師が医師の処方なく薬品混合販売しうる規定をめぐり、日本医師会は反対の決議をした。これに対する薬剤師側の反論は、こうである。「今日医師会ハ慨ネ皆診察料、薬価、手術料ヲ極メテ高価ニ協定シ、患者カ薬剤師ニ調剤ヲ求メントセバ亦タ高価ナ処方箋料ヲ徴シ、其ノ利ヲ図ルニ於テ至レリ尽セリト云フ可シ、此ノ故ニ中産階級以下ノ家、一二ノ病アラバ産ヲ傾クルモ猶給ラズ然シテ医師ハ其衣ヲ美ニシ其ノ車ヲ壮ニシ傲然トシテ貧者ヲ蔑如スルモノ所在甚ダ少ナシトセズ、斯クノ如クンバ世人ガ少シク違和ヲ覚ユルモ喜ンゲ医師ノ門ヲ叩カザルモノ亦偶然ニアラズ、此ノ故ニ慈仁ノ心アリ民情ヲ知ルモノ、実費診療所ヲ設ケテ患者治療費ノ軽減ヲ図ラントセバ彼ノ陰險ナル者結束シテ陰ニ陽ニ之ガ阻止圧迫ニ努メ志ヲ遂ゲザラシメタルハ其ノ例少シトセズ」(池田松五郎、日本薬業史、昭和四年、薬業時報社) かくの如く医師団体と薬剤師団体の抗争は、即経済闘争と化し、議会においても医系、薬系議員の抗争甚しく薬剤師法のみ成立、薬品法は廃案とされた。

ここにおいて、清水留三郎（民政党）は、第六七回帝国議會（昭和一〇年）において、議事録記載を条件に次のような質問書を提出した。

質問 医師の徴収しつつある薬価中には、診料費を含むものとして政府もこれを容認するようである。……政府は、薬価と診療料を画然と区別して徴収せしめる意志はないか。

答 医師の徴収しつつある、いわゆる薬価とは医師の医療行為に対する報酬の意味で、その患者に対する薬剤交付は販売ではなく、医療方法と解釈するのが至当である。

質問 「医は仁術」を立法の基調とするならば、貧困者へは、医療報酬の請求権を法律上削除すべきでないか。

答 医師が仁者の心を以て医療に従事するは最も望ましいが、医師に慈善事業を強いるのは、その程度を超えるものと考え（日本薬剤師会史）。

この政府答弁は、国家と社会を区別し、「医は仁術」は社会の問題、即ち医師個人の裁量権の問題である。また国としては、薬価は医師の医療行為に対する報酬の意味も含まれると解し、モノと技術を区分する意志はないことを言明している。そして、昭和一七年制定の国民医療法施行規則第三二条で「医師又ハ歯科医師ハ患者ヨリ薬剤ノ交付ニ代ヘ処方箋ノ需メアル場合ニ於テ其診療上支障ナキトキハ之ヲ交付スルコト」と、医師の調剤ニ原則、医師の処方せん交付ニ例外と、医薬分業は、換骨奪胎されてしまった（日本薬剤師会史）。

ところで、薬剤師側の実態は、どうであったのか。明治二九年および三八年、東京医科大学附属病院で処方せん開放がなされた。まず、明治二九年の開放であるが、これは明治四年の東京薬剤師会の建議によるものであった。ところが薬局の受入れ体制が不十分であったこともあって、雑多な人びとによるいかかわしい薬局が大学病院付近に続出、調剤料の廉価競争、安価な同効薬の無断代用などが頻発、中止のやむなきに至った。さらに同三八年、今度は院外に

模範薬局を設立、調査委會を設けて、調剤料の統一、受入れ体制の整備などを行い再度処方せん開放がなされた。そして同三十九年二月には、私費処方せん一、二三五枚、施療九一九枚を数え逐年調剤数は増加していったが、薬剤師の不信行為のかどで中止のやむなきに至った（日本薬剤師会史）。分業のモデルケースづくりという与えられた絶好のチャンスは失敗に、同会史は「もしこの処方箋開放の措置が健全に成長していたならば、わが国医業分業の様相は恐らく現状とは異なったものとなっていたであらう。」と述べるのであるが、やゝ他人事のようないい方ととられても仕方あるまい。かかる際にこそ中村らがいうように厳しい反省をして、人的、物的な受入体制整備に努めるべきではなかったのか。ここでみる限りにおいて、当時の薬剤師団体にはプロフェッションとしての倫理性もなく、また団体としての統制力すら欠いていたとみなければならない。

大正一二年、医師法の改正により、大日本医師会を解散し、公的医師団体としての日本医師会が設立され、また、薬剤師団体は、大正一五年の薬剤師令、昭和一八年の戦時色濃厚ながら薬剤師の倫理規定をも定めた薬事法の制定により、日本薬剤師会も公的団体として体制整備されてゆくのであるが、総じて戦前の日本薬剤師会と日本医師会との医業分業をめぐる論議は「医師と薬剤師の米櫃あらそい」と評されたように、両者の業権の確立に焦点がおかれ、両団体の性格も、学者の間では専門的な論議が交されたというものの実態は、専ら利益追及が目的の身分的職能団体としての色彩が強かったといえる。そして、頭初は医制で明確に医業分業を打出した政府も、慣習尊重を理由に、それに対する確たる指導理念もなく両団体の力関係に流されていったといつてよい。かくして、戦争の激化とともに医業分業論議は、自然立ち消えの形となった。

二

戦後の医薬分業論議は、外圧によって始まった。昭和二四年の米国薬事使節団の勧告書とそれに基づく占領軍の指導である。使節団の勧告書のうち医薬分業について「医師が診療し、処方せんを書き、薬剤師が医薬品を確保し、貯蔵し、医師の処方せんに基づいて調剤するために、法律的ならびに教育的手段により、医と薬との分離が行なわれるべきである。」と述べ、とくにそのための立法措置を指示している。占領軍による公衆衛生分野における改革は、社会保障制度調査団、米国医師会代表団の報告に基づく勧告とこの薬事についての勧告の三つである。このうち医療の国民皆保険制度（昭和三七年）のように米国よりも優れた改革も行われたが、医薬分業はGHQ公衆衛生福祉局長サムスの熱心な指導にもかかわらず遅々として進まなかった。サムスは、さきに来日した米国医師会代表がこれに言及しなかったこともあり、医薬分業の実現にGHQの威信をかけた。彼は、まず、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会のいわゆる三師会が自主的に語る合い、一般大衆への教育により医薬分業を実現すべくあらゆる努力をしなければならぬ旨勧告をした。

一方、厚生省は、GHQの勧告を受け、臨時医薬制度調査会を設置（昭和二五年七月）、「医薬分業実施の可否、および可とする場合においては実施の具体的方法、地域および時期」について、また臨時診療報酬調査会に「医療の向上と国民の経済的負担力とを勘案したる医師、歯科医師及び薬剤師の適正なる技術料及び薬価の基準」についての諮問を行った。これらの話し合いおよび調査会での医師側の一貫した主張は、原則的に医薬分業は賛成、ただし法律による強制分業反対、というのであった。いわゆる任意分業の主張である。その理由は、医療の一貫性という建前から分業になっても医師の調剤権は留保される。そして自由診療であるから、医師に処方せんの発行を求めるか、調剤を求め

るかは国民の選択に任せたらよい。というのである（臨時医薬制度調査会速記録、日本薬剤師会雑誌、昭和二六年三月）。

しかし、臨時医薬制度調査会は、七か月に及ぶ審議の結果、医系委員の反対を押し切って（一九：一一）答申を行った。その骨子は、一 昭和二八年度から医師の処方せん発行義務、二 昭和三三年度から強制分業とする法改正を行ない全面的に医薬分業を実施、というものであった。この答申に基づき医薬分業法案が国会に提案された。日本医師会は、直ちに「日本医師会の主張」を発表、これに反駁する。その骨子は、モノ（薬料）と技術とを分けた新医療体系を実施し、国民の医療に対する理解を啓蒙し、無形の技術に正しい報酬を支払う観点を涵養すること。そうするならば医薬分業は自然に実現するのであって法律を以て強制することは、絶対反対である。というのである。この年から日本医師会副会長に武見太郎が就任したが、彼は昭和三二年、会長になってからもそうであるが、一貫して反官僚の姿勢を貫くのである。就任早々に彼は、医薬分業すら実施されていない日本の医療は、米国より四〇年遅れているとの認識に立つGHQのサムスに対し「戦争に負けたのは、軍人であって医師ではない。」と毒づいたりする（保阪正康、日本の医療、一九八九年、朝日ソノラマ）。

ところで、国会に提案された医薬分業法案（医師法・歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律案）は、可決のうえ昭和二六年六月、制定公布された。その内容は、薬剤師の調剤権を明記し、省令で定める場合のほか、これに違反したら罰則を伴う強制分業法であり、施行は準備期間をみて、昭和三〇年一月一日とされた。ところが医薬分業の経済的裏づけともいべき新医療体系の作成は遅々として進まなかったので施行日は更に延長され昭和三一年四月一日とされた。そのみでない。日本医師会の強制分業に対する反対は強く、すでに占領軍の去った昭和三〇年、第二国会において議員立法により、医師の調剤しうる条件の緩和、罰則削除を内容とする再改正案が提案され、日本薬剤師会の反対を押し切ってその年の八月に制定公布された。一旦成立した法律が施行前に再改正されるという立法過程

が異例ならば、新医療体系の審議の経過も異様というほかはない。

厚生省は、昭和二十七年、同三〇年の二度にわたり全国的規模で各種医療機関における医療費の実地調査をし、各界の意見をも参考にして昭和三〇年一月、中央社会保険医療協議会に諮問した。ここでも医系委員は総反対をする。

その理由は「医薬分業と新医療体系は、可分のものである。四月一日からの医薬分業は現行体系そのままで実施できるから、新体系を急ぐ必要はない。」というのである。しかも、突如、厚生大臣は、中医協における審議の中止を要請、医療体系は学識経験者に一任された暫定案で法の施行に具えることとなった。その内容は、薬治料と処方せん料のみの操作によって枠内配分をし、総医療費の増加を考慮しようとするものに止った（谷岡忠二、新医療費体系の審議中止から暫定医療費計算方式の決定まで、日本薬剤師会雑誌、昭和三十一年四月）。この一連の経過は不可解というほかはない。「モノ（薬料）と技術料が適正組評価されれば自然に医薬分業は行なわれる」との日本医師会のかつての主張からすれば、日本医師会は、医薬分業の骨ぬきを企んでいたとしかいいようがない。

さらに、昭和四〇年一〇月から昭和四六年七月、日本医師会による保険医総辞退に至るまでの経緯は、それを鮮明に物語る。

昭和四〇年一〇月、中医協は、診療報酬改訂についての答申に当り、診療報酬体系の適正化（医師等の技術を正當に評価する方向で根本的に検討）、医療経済に関する調査等について建議する旨の意見書を厚生大臣に提出した。これに基づき昭和四一年一月、再開された中医協は、迂余曲折の後、昭和四二年九月、医療における技術評価尊重を建前とする医療費改訂の建議が行われた。この改正は、単なる所定点数の引上げに止まらず、医療の技術を評価する見地から診察料、手術料などを改善するほか、材料費と技術評価分とが分離されていないことの不合理をも是正しようとするものであった。

さらに、厚生省は、薬価調査に基づき、昭和四四年から薬価基準の五・六パーセント引下げ、さらに昭和四五年八月には、同約三パーセントの引下げを行った。これに対し昭和四五年末、医師会側は、中医協において、薬価が実勢価格においてスライドされるならば診査報酬の他の部分は、物価、人件費の上昇にスライドして引上げるべきとの提言を行った。こうしたなかで保険医総辞退の引金になったのが中医協の公益委員の審議用メモである。このメモは、医師の技術の適正評価について「医師の技術を正当に評価するため、薬剤の多用等による潜在的な技術料といわれる部分の整理を行うとともに、医師の技術による部分の比重の高い診療行為は、個別的に点数を設定しないで、診療料に包括すること」、したがって薬価基準は「実勢価格に応じて常時改定すること」など一項目に及んでいる。いわゆる「薬の過剰投与」と薬価差の是正である。この指摘は、日本医師会の激怒に価した。とともに「医は、仁術でなく算術」と声高に医師に対し批難の鋒先が向けられたのもこの保険医一斉辞退の際であった。

たしかに、実質医薬未分業のまま技術料を引上げ、薬科からも何らかの差益（いわゆる潜在技術料）を期待するということになる、技術料の評価も不徹底になり、「鶏が先か、卵が先か」の議論の繰返しとなろう。しかし、日本医師会は、薬価について独自の見解を持っていた。（この項の記述は、厚生省五十年史、昭和六三年、および医制百年史、昭和五一年。を参照した。）

三

日本医師会と厚生省との薬価の考え方の相異は、要約すると医師会が「学問的見地に立って医療上使用される医薬品としての観点から把握しようとしているのに対し、厚生省側は、あくまで流通面における商品としてとらえようとし、薬価基準の価格統制機能のみを重視している」（薬価制度研究会、医療政策と薬価基準、昭和六三年、薬業時報社）とい

われる。その内容は、どうであつたか。

日本医師会では、医療における医薬品に関する諸問題など将来の課題について検討するため、昭和四八年、医薬品長期総合対策委員会を設置した。この委員会は、八年余にわたり、各部門別に七回の答申（提言）を行った。そしてこの報告書は、「医療における医薬品の諸問題と将来の課題」なる題名で奇しくも武見が二五年の長きにわたった日本医師会長職を退く昭和五七年に発刊された。以下、本書によりながら日本医師会の医薬品——とくに薬価に関する見解を検討する。

まず、武見自身のことばから聞こう。「私は近ごろ医療資源ということばについて、いろいろ考えておりますが、医療資源という問題を考えるまとき、医薬品は一つの資源でございます。しかもこれは学術的な生産資源でございます。材料は天然資源を使う場合もありますし、合成される場合もありますが学術的な資源でございます。そういう学術的な生産資源という考え方に立ちますと、薬に対する觀念が變つてこなければならぬわけです。」（昭和四八年八月、第一回委員会におけるあいさつ）このことばのなかには武見のテーマであつた「医療資源の開発と配分」の思考の端緒を見出すことができる。第二臨調の後段の部分の強調とみてよい。

ところで、この委員会の七次にわたる答申は、医薬品の開発、流通、価格、保険制度そして当面の課題である医薬分業など多岐にわたっているが、その基調をなすものは、医療の主体である医師の医薬品のポジティブ・チョイスの思想である。そのポジティブ・チョイスについて武見はこう説明する。「医師は直接患者に医薬品を使用する責任者である。それは、しかし既存の医薬品の中からみづからそれをポジティブに、チョイスするという責任をもつものである。私は医師が開発から使用に至るまで、すべてポジティブにチョイスすることを強く会員に指導している。そして医師が医薬品の使用中に、他の医薬品との共同作用を発見する場合がきわめて多い。開発面に対してもポジティブ・チョイス

イスが必要であると思う。……そして医師は究極において狭い意味の医療から新しい拡大された医療の段階において生存秩序に適応する医薬品産業について大きく望まなければならない。」（昭和五三年一〇月、第九回—FPM A東京総会における特別講演）ここでみられるように、医師のポジティブ・チョイスは、その成果を医薬品産業にまでフィードバックさすべきだという。そのみでない。それは患者はもちろん、行政、マスコミにまで及んで医師を頂点とする医療における重層構造が形成されなければならない（第五次答申、昭和五四年）。

ところで、医師のポジティブ・チョイスを可能ならしめるためには、健康保険の医療費の支払いに「出来高払い」制が保障されなければならない。医師は、医療上の必要から何ものにも制約されずに診療行為を選択しなければならない。これは医療倫理であり、医師のプロフェッショナル・フリーダムを守るゆえんでもある。さらに医療の特性として、その不確実性がある。患者の疾病がどのような経過をたどり、どのような治療を必要とするかを予測することは、進歩した医学をもってしても困難である。この医療の不確実性という面からも「出来高払い」は必要である。

医師の診療行為が以上のような意味内容をもつものであるならば、医師の薬剤の処方権が確立されなければならない。それは『医療社開発の内容に見合った適合医薬品の選択を可能すると同時に、医薬品の持つ市場性が医薬品の持つ公共性を浸蝕するのを防御するに必要不可欠』（第七次答申、昭和五六年）だからである。ここに医薬品の価格には、市場価格メカニズムのみならずそれを内包する公共価格ともいうべきものが付加されなければならない。それは、市場価格評価に加えて適合医薬品選択・投与・管理技術評価、（国民の）支払能力評価の三者によって医薬品の価格システムが形成される。そして医療価格システムとともに医療福祉への貢献度の評価をベースとし、国民の支払能力との関連において定めるべきものであり、薬価基準を切下げて医師の技術料に振りかえるというような連動関係にあるものではない（第七次答申）。

ここで、市場価格評価以外の三つの評価は、医薬品の開発から患者の服薬までのプロセスのどの段階でなされるのかは明らかでない。医師のポジティブ・チョイスは医薬品の開発にまで及ぶべきであるという。その臨床試験の段階でいうことも考えられなくはないが、それでは市場価格評論とはいかなる要素によって形成されるのかの説明がつかなくなる。そうであるならば、これは医師の治療における薬物使用の段階における評価とならざるをえない。もつとせじつめると、従来、潜在技術料といわれていたものの内容分析といったらしいすぎであろうか。つまり薬価差益の合理化なのである。そうでないならば、医薬品の選択は、処方料として、投与・管理は、一部注射、点滴等を除き調剤料、管理料として評価さるべきものであらう。医師Ⅱ処方、薬剤師Ⅱ調剤のあの医制の原型に立ち戻らなければならぬ。医薬分業が再び課題とされなければならない。

昭和四八年一二月、武見は、日本医師会臨時総会を召集し、再診料五〇点（五年以内に一〇〇点）。入院時医学管理料一〇〇点の引上げ要望を打出し「今回の改訂は向う五年間の診療報酬体系の前進方向の出発点となるものであって、さしあたっての目標を医薬分業におくものとする。」（日本薬剤師会雑誌、昭和四九年二月）として再びモノと技術の分離の提言をする。そして、それが厚生大臣の賛同をえて診療報酬に組み入れられた昭和四九年が、分業元年と称せられる。

このように、医薬分業は、医師会側から提言され、利益誘導型で推進体制がつけられるのであるが、それは手放しではない。第七次答申は、医薬分業に言及しているが、そこで提示される条件は、以下のとおりである。一 医療における医師の主体性。二 したがって、処方、投薬、調剤についても医療行為の一環であり、患者に対する責任は医師が有する。三 この意味において、薬剤師の調剤権との関連を考えねばならない。四 医薬分業を否定するものではないが、環境条件が整備されないままの強制分業は、国民の福祉を無視するものである。五 文化的、思想的背

景、国民感情等についての深い洞察の上に立つて考えるべきである。

医師の調剤権の留保については、議論のあるところであるが、第七次答申中の文言を引用しつつ要約すると、薬剤師側については物的な環境条件の整備もさることながら、要は「医師と薬剤師との間の熱意と理解とが必要であり、分業というより協業」という観点で解決されるべきである。また、住民意識については「まだ地域住民の意識の中には、医療即、投薬と考える古来からの伝統文化を背景にした意識がある。これは又、医師の側にも多分に残存しているものであって、医師、患者の双方が、新しい社会構造変化への対応を要求されるところであらう。」以下、住民意識、薬剤師の環境条件の整備の順に考察をすすめる。

四

ここで、戦前の医薬分業論争のうち池上重行の「処方せん開示」によるメリット論を想起しなければならない。池上のこの発想は、医師団体と薬剤師団体との業権争いのさ中、薬礼の名のもとで行われている医師の医療の実体を明らかにしようとすることにあった。現代においても、この処方せんの開示は、医薬分業論におけるひとつの鍵概念であるといえる。しかし、今度は患者が中心になって登場する。

医師が患者に「処方せんの交付」をしなければならない原則とは「処方せん開示」の原則といってもよい。つまり「処方せんの交付」によって患者はその処方せんの調剤に先立ってその内容を知りうる状態にある。これは「個人の尊重」、ひいては医療における「患者の尊重」の観念の一部をなす。それは、患者の「知る権利」の尊重であり、患者の「自己決定権」の尊重でもある。それに基づき患者は自己の信頼する薬局を選択する権利をもつ（三輪亮寿、処方権と調剤権、月刊薬事、一九八三年一〇月）。そうであるならば処方せん開示のこんにちのメリットは、患者の人権の確

立——インフォームド・コンセント（説明と同意）の觀念のなかで意味づけられる。

日本医師会でも平成二年一月、日本医師会生命倫理懇談会が「説明と同意」について前向きに採用すべき旨答申をした。医療において患者に対する「説明と同意」が重要視されるに至った歴史は、ナチの非人道的人体実験を裁いたニュールンベルグ国際軍事裁判の医事裁判にさかのぼる。この裁判では被告二三人中、七人が死刑判決を受けたが、この反省のうえに立って人体実験に関する倫理綱領ともいうべき「ニュールンベルグ綱領」が制定された。この綱領では、人体実験に限定はされていたが、ぼう頭「研究対象となる人間の自発的承認が絶対必要である」とうたい、対象者の同意が絶対必要条件とされた。さらにそれは、一九六四年六月、ヘルシンキにおける第一八回世界医師会総会で採択された「ヘルシンキ宣言——ヒトにおける生物医学的研究に携る医師のための勧告」できめ細かく整備された。「医師は被験者の承諾を、それが十分説明されたとえでなされなければならない」ことを明定した。そしてこの觀念は、一九七三年の米国病院協会による「患者の権利章典」において医療一般にまで拡大される。「患者は、自分の診断・治療・予後について完全な新しい情報を自分に十分理解できる言葉で伝えられる権利がある。」ここでは、患者の権利が前面に押し出されている。さらに一九八三年、これまた米国の「患者情報および患者教育国民会議(NCPIE)」は「Get the Answer Campaign（答を得よう運動）」なるものを展開する。NCPIEは、消費者、医師、薬剤師、政府、医薬品産業など広範囲な医療関係団体によって構成され、医師によって患者に対し処方された薬品の内容が、正確に患者に対し答えられるべきであるというのである。

ところで、生命倫理懇談会は「説明と同意」が必要となった背景として、患者の権利主張の高まり、医療事故対策、医療技術の高度化に伴う複数の治療方法の選択、患者の医学知識の普及などを掲げる。そして、その導入に当っては、発祥の地米国の「説明と同意」をそのまま行うのではなく「わが国のこれまでの医療の歴史、文化的な背景、国民性、

国民感情などを十分考えながら、わが国に適した「説明と同意」が行われる」べきであるとする（日本医師会雑誌、平成二年二月）。

昭和五〇年、東京で第二九回世界医師会が開催された。もちろん日本医師会がホスト役を果すのであるが、それは、こう総括されている。「本総会では、永年の日本医師会の主張が世界に受け容れられた姿として「医療資源の開発と配分」をテーマに充実した内容の学術集会が大きなウエイトをもって催されたことは周知のとおりであるが、総会本来の任務である八部門の常任委員会とその報告を柱にして全体会議が開かれ、十分な討議の成果として「東京宣言」、「ヘルシンキ宣言」の一部修正、および「向精神薬の使用と誤用についてのステートメント」の三つの宣言が採択された。」（国民医療年鑑、昭和五十一年版、日本医師会）ここでは、武見のあの「医療資源の開発と配分」が正面から打ち出され、被験者の人権を唱った「ヘルシンキ宣言」の一部改正は、いわばこの総会のバイ・プレーヤでしか過なかった。そして、それから一五年を経た平成二年、その内部組織である生命倫理懇談会が、「説明と同意」の前向き採用の答申を行ってやっと緒についた。このような日本医師会の対応に対し、水野肇は「このことは、日本という国が、いかにインフォームド・コンセントというような重要な問題に無関心であったかを証明するだけでなく、人権意識の乏しい国であるかということを示したものといえよう」と評する（水野肇、インフォームド・コンセント、一九九〇年、中公新書）。

ところで、生命倫理懇談会が「説明と同意」を必要とするに至った背景であるとする、患者の権利主張の高まり、医療事故対策、患者の医学知識の普及などの実態はどうか。患者の権利意識と医学知識についての調査があるので、それによりつつ検討する（講座・二二世紀に向けての医学と医療Ⅴ 医療と社会、一九八七年、日本評論社）。まず、医師および医学生、医事紛争についての見解は、

表1 医事紛争について

選 択 肢	1	2	計
医 師	686 36.5%	1195 63.5%	1681 69.2%
医 学 生	482 57.5%	356 42.5%	838 30.8%
計	1168 43.0%	1551 57.0%	2719 100%

医事紛争についての次の二つの意見のうち、あなたはどちらに賛成ですか。

一それが結局、正しい良心的な医療の発展につながるのだから、患者や家族が、冷静に考えて必要だと信ずる限り、医療訴訟を起すのもいたしかたない。

二日本における患者の権利意識は現状で十分だ。これ以上強くなると、医療の民主化よりはむしろ医療の萎縮につながる。

表1にみられるように、医師の六三パーセント強が患者のこれ以上の権利意識の増大を恐れているのに対し、医学生は、逆に過半数の者が医事紛争もやむをえないと一を選択している。次に医事紛争の原因についての医師、医学生および住民に対する調査をみる。

一般的に言って、医事紛争は何が原因でおきることが多いと思いますか。次のうちで主な原因と思うものに、○をおつけ下さい。もし二つ以上に○をつけた場合は、最も重要なものに◎をおつけ下さい。

(医師の場合)

- 一 患者の中に治療を受ける者としての分際をわきまえず、権利意識ばかり強い者がいるから。
- 二 医師—患者の信頼関係に欠けているから。
- 三 医師の側に能力が欠けているから。
- 四 医師の側に誠実さが欠けているから。
- 五 その他

医師、医学生、住民とも、紛争の原因の第一に、医師—患者の信頼関係の欠如を挙げている。その信頼関係の欠如

表2 医事紛争の原因につて（医師）

選択肢	○	◎	無(非選択)
1	412 (21.6%)	348 (18.2%)	1150 (60.2%)
2	339 (17.7%)	1223 (64.0%)	348 (19.2%)
3	218 (11.4%)	71 (3.7%)	1621 (84.9%)
4	506 (26.5%)	185 (9.7%)	1219 (63.8%)
5	56 (2.9%)	83 (4.3%)	1771 (92.7%)

表3 医事紛争の原因について（医学生）

選択肢	○	◎	無(非選択)
1	180 (21.1%)	71 (8.3%)	603 (70.6%)
2	176 (20.6%)	535 (62.6%)	143 (16.7%)
3	179 (21.0%)	44 (5.2%)	631 (73.9%)
4	338 (39.6%)	108 (12.6%)	408 (47.8%)
5	145 (17.0%)	40 (4.7%)	669 (78.3%)
6	209 (24.5%)	27 (3.2%)	618 (72.4%)
7	48 (5.6%)	29 (3.4%)	777 (91.0%)

表4 医事紛争の原因について（住民）

選択肢	○	◎	無(非選択)
1	50 (14.4%)	75 (21.0%)	232 (65.0%)
2	57 (16.0%)	116 (32.5%)	184 (51.5%)
3	23 (6.4%)	28 (7.8%)	306 (85.7%)
4	68 (19.0%)	52 (14.6%)	237 (66.4%)
5	27 (7.6%)	15 (4.2%)	315 (88.2%)
6	75 (21.0%)	69 (19.3%)	213 (59.7%)
7	3 (0.8%)	2 (0.6%)	352 (98.6%)

- （医学生・住民の場合）
- 一 患者の中に治療を受ける者としての立場をわきまえず（医学生へのアンケートのみ）、権利意識ばかり強い者がいるから。
- 二、三、四は医師と全く同じ選択肢
- 五 患者が社会運動の団体に動かされやすいから。
- 六 患者の医学知識がふえたから。
- 七 その他

表5 患者が医学／医療情報を持つ
ことの望ましさ

選 択 肢	1	2	計
医 師	1176 62.2%	714 37.8%	1890 68.9%
医 学 生	523 61.2%	332 38.8%	855 31.1%
計	1699 61.9%	1046 38.1%	2745 100%

の具体的な要因は何かを知るには、二位以下の順位をみることによって推計することができる。二位は大きくばらついていた。まず、医師は、患者の権利意識、医学生は、医師の誠実のなさ、住民は、患者の医学知識の増大である。ところでばらついていた二位のそれぞれの順位は、患者の権利意識は、医学生の場合は三位（◎○合せて二九・四パーセント）、住民の場合も同じく三位（同、三五・七パーセント）となっている。医師の誠実さの欠如は、住民の場合は四位（同、三三・六パーセント）であり、患者の医学知識は、医学生の場合三位（同、二七・九パーセント）であるが、四位の医師の能力の欠如（同、二六・二パーセント）と接近している。

さらに、患者の医学知識についての医師および医学生の見解は、

あなたが医師としておこなう説明を理解し実行してもらうために、患者は医学や医療についての情報を今よりもっと多く持つことが望ましいと思いますか。

一 望ましいと思う。

二 望ましいと思わない。

表5のとおり、医師、医学生とも「望ましい」を選択した者は、六〇パーセントを越えている。

ここで、少くとも次のように結論づけることができる。医事紛争の原因は、医師—患者の信頼関係の欠如である。しかしその欠如の具体的要因としては、医師は、患者の権利意識の増大を挙げ、医学生は、医師の誠実さの欠如を挙げ、まさに対照的な選択をしている。このことから、医師は、医事紛争を恐れる余り、患者の権利意識の増大は好ましくないと思っているのに対し、医学生は、かかる医師の態度こ

そ医師自らが反省すべきであると先輩の言動から感じとっているとみてよいであろう。また、住民の医学知識については、住民自身は、かくれたベストセラーといわれる「医者からもらった薬が分る本」などをかなり読んでいるのであろうか。

右の調査結果から関連づけると、生命倫理懇談会のとめは、当面の対策的なものに過ぎず、二一世紀を展望しての医療のあり方を意識してのこととはいいい難く、また、患者の人權尊重のためというより、むしろ、患者の人權意識対策のための提言であると推論せざるをえない。

水野は、インフォームド・コンセンストが医療にとって不可欠だと考えられるのは、一 人間の自律性としての自己決定権、二 現代医療の不確実性、という二点が根底にあるからであるとする（水野肇、前出）。ここで再び武見に帰ろう。医師のポジティブ・チョイスを可能ならしめる条件として「出来高払い」制の保障があった。その「出来高払い」を必要とする理由は、まさに、この医療の不確実性であった。そうであるならば、武見時代の日本医師会の医療観の根底には、医師のパターナリズムが据えられ、「説明と同意」は拒否ないしは無視されていたといつてよい。そして、これを医薬分業に即していうならば、現在でも医師の薬師（くすし）的意識は完全には払拭されていないとみてよいであろう。

五

さて、医薬分業に臨む薬剤師側の環境条件整備はどうであろうか。

中医協で新診療報酬体系を審議中のさ中の昭和四三年七月、日本医師会は理事会を開催、「医師会の手により早急に調剤センターを設置する」との記者発表を行い、日本薬剤師会にゆさぶりをかけて来た。日本薬剤師会にも医薬品

の備蓄センターの構想があり、医薬分業に具えてはいたが、それはあくまで構想の段階であった。記表発表における医師会の理由は、こうである。薬剤師団体の分業に対する熱意が感じられない。薬剤師団体には反省も前進もなく現状に満足している。今後は「発売を許可されている大衆薬についても医師会として、長期使用、過量使用して害のあるものは勧告する。」（日本薬剤師会雑誌、昭和四三年八月）とまで息まくだのである。しかし、日本医師会には、こういうだけのいい分があった。GHQの勧告により、医薬分業を目標に、臨時医薬制度調査会なり、臨時診療報酬調査会で医系委員と薬系委員が激論を交しているさ中、薬業界は大衆薬ブームに沸いていた。

戦時中、軍事目的でビタミンB₁剤の大量消費が行われたが、戦後もビタミンB₁剤の多量療法の觀念に基づいて大量消費の可能性が生み出され、大衆薬ブームともいうべき時代が出現した。商品イメージ化するためにその剤型もアンプル剤、シロップ剤、ドリンク剤など多様化し、その種類も予防薬、保健薬、栄養剤など多岐にわたり、多数の製薬会社がそれぞれ戦略銘柄をつくってそれに参画したため同種同効品が競合し、スーパーマーケットまでもが流通段階でこれに参加し、終には乱廉売合戦を引き起したことは、当時を知る者にとっては記憶に新しい。そして、社会的には、国民に安易に薬を乱用する風潮を助長する傾向をもたらしした。しかし、国民皆保険の成立とともに、医療用医薬品と一般用医薬品の生産割合は、昭和三〇年前半で五〇：五〇（推定）であったのが、昭和四五年には七五：二五、昭和五八年には八五：一五と一般用医薬品のウエイトは低下していった。そして医師会側も当然にそのことを意識していたのである。日本薬剤師会は、この記者発表に反論するとともに、同年八月に「薬剤師倫理規定」を制定、一〇月には「医薬分業実施推進同盟」を設置するのであるが（日本薬剤師会雑誌、昭和四三年九・十一月）、後手の感否めなかったし、また薬剤師会の幹部には「笛吹けども踊らず」というのが実感であったのでないか。それにもかかわらず、医薬分業への環境づくりは、外部から進められていた。

昭和四四年、自民党の「国民医療対策大綱」には医薬分業の推進がうたわれ、五年後に実施とその期間までが明示されたし、また「診療報酬の技術料及び調剤料の抜本的再評価を行う」ともいつている。さらに診療報酬の支払側である健康保険組合連合会、日経連、総評、総同盟、また診療側の歯科医師会、日本病院協会など、いずれも医薬分業に賛成の態度を決め、政党では自民党のほか社会、民社両党とも賛成している。とくに総同盟は、その意見として「医師の技術を尊重し、医薬品のムダを排除するため」（日本薬剤師会雑誌、昭和四五年四月）とその理由を明記する。ここで、さきにみた保健医総辞退の引金となった昭和四五年末の中医協における公益委員メモを想起しなければならない。医療機関による医薬品の過剰投与と薬価差益がこの頃から問題とされ始めたのである。大衆薬の大量消費に対し、医師会による規制をもあえて辞さないと声明した武見は、今度は、医療用医薬品に対する、大衆薬の場合と同様の危機感を抱いたとしても不思議ではない。そして、それが昭和四八年の分業推進の具体案として打出されたのではなかろうか。

ところで、このように追風一杯の薬剤師団体であるが、分業に対する環境条件の整備は着々進んでいたものであろうか。昭和四九年一二月、日本薬剤師会の石館守三会長は、「医薬分業の理念と基盤について」と題する一文を草した（日本薬剤師会雑誌、昭和四九年一二月）。これは、分業元年と称せられるに至ったこの時期の日本医師会の動行に呼応する意味で、会員に対し分業に対する決意を訴えようとしたのであろう。まず、調剤における薬剤師責任が述べられる。医師の処方せんにより調剤する薬剤師は、「主治医の医療責任が患者の生命に関する厳粛な立場であることの認識と、医療上、医薬品が占める重要性に対する理解に立って、主治医の意図を完全に患者に実現せしめるよう、専門的職能を行使する。したがって、患者に適用される医薬品の薬剤学的事項については、当該薬剤師が、直接患者に対して責任を負わなければならない。」これは、専門家集団としての医師団体と薬剤師団体との協業の基本原則である。

処方権と調剤権について具体的に記述したといえはそれまでであるが、医薬費抑制という側面からのみ医薬分業を強調する国に対しては、重大な提言である。その意味は後で述べる。さらに、その背景として、患者の個体差、疾病の状態などによる薬物効果の不確実性により、逆効果、不側の効果が発現することがあるので、薬剤師は、副作用情報の提供、投薬後のアフタケアについて留意すべき立場にある。と述べるに止ったのは、医原病七パーセントといわれる現代医療の状況からは積極的な指摘といえようが、処方せんの開示など患者主体の医療という観念はその後の文面からも見出すことはできない。さらに、医師の調薬兼帯からの意識転換については、「基本的には政府の施策において、国民が医薬分業を理解し、その実施に馴れるよう指導することが本筋であるが……」と行政依存が前面に出される（日本薬剤師会雑誌、昭和四九年一二月）。

たしかに、昭和四九年以降、分業率は高まったといえるものの、医療費におけるモノと技術の分離という利益誘導型の分業推進には、自ずと限界があった。昭和五三年七月、日本医師会は、健康保険法改正に抗議して「第一次処方せん発行強調週間」なる奇襲戦法を打ち出してくる。

その趣旨は、第一に医薬分業に対する国民の理解を深め、将来の完全分業を目標とする。第二にモノと技術の分離の実行であり、これによって医師の薬に対するいわれなき汚名を除き、同時に薬局および医師側の処方せん発行のための教育訓練に資する、というのであるが、武見は、同時にひそかに内部通達を發し「現在の状況下では医薬分業体制に入ることは、国民大衆にとっていかに不利益であるかを目覺すことを目的とする。」（日本薬剤師会雑誌、昭和五三年七月）「医師の薬に対する汚名を除き」とここでもいっていることは、薬価差益のことが彼の頭から離れ難かったのであろう。武見は晩年、医師会長を辞してから語ったといわれる「医師集団は、三分の一は学問、研究面でも倫理面でもきわめてレベルの高い集団であり、もうひとつの三分の一は、すべて平均的な医師の集団である。これはノンポ

リと名づけていい。最後の三分の一は、欲ばり村の村長さんだ」(保阪、前出)とホンネを洩らしたと伝えられるが、医師会のリーダーとして、「最後の三分の一」への目配りも忘れなかったであろう。また、これを受けて立った日本薬剤師会も、なぜこの一日(戦術ダウンして一日だけとなった)だけでも処方せんどおりの適正薬価で請求しなかったのであらうか。事前の対策会議、事後の反省会でもそのような形跡はない。たとえ一日だけでもそのようなことが行われたら医業分業推進の大きなメリットとなったであらう。ところが、現実には、分業をしてその薬価差益の一部を医師にリベートしている現実もあるらしい(高島明、医療の将来と医業分業、月刊薬事、一九九〇年一〇月)。薬剤師集団も医師集団も同じく「三分の一ずつ」ということなのであろうか。

大阪府は、かねてから過剰診療のうわさの高かったN診療所を保険医から外す行政処分を行った。中川米造によると「これは、日本医療史にとって画期的な事件」であり、これで武見理論の終ったことを意味する、ともいう(中川米造、サービスとしての医療、昭和六二年、間選書)。中川によると、その理由は、こうである。武見は「医療は医学の社会的適用である」とのテーゼを発表した。したがって、医療は医学をやった者、医学を知っている者がやる。それ以外のものは、医療について、発言する資格はない。医療についての判断は、医師がオールマイティである。

これまで不正請求に対しては、摘発規制はあった。しかしながら、いわゆる「検査漬け」「薬漬け」が摘発の対象になったことはない。ところが「医学を知らぬ」行政が、これほど強気になってきたのは、臨調体制に沿うべくそしてくるべき高齢化社会における医療を射程にいれながら、3Kの一角である健保財政の負担を軽減しようという構想に発したものに違いない。以上の中川の所論に対して賛意を表するとともに、医業分業の観点から若干の危惧をぬぐいえない。医師の処方せんに対し疑義があるときは、薬剤師は、処方をした医師に質問する権利がある(薬剤師法第二四条)。中川の紹介するこのN診療所のケースで、薬剤師は、薬の過剰投与の疑義があり、医師に質問しても疑義が

解けない場合、調剤を拒否することができ得るであらうか。これは、厚生省の医療費節減のためのみ医薬分業に期待する姿勢の可否を問うことにもなる。ここで想起しなければならないのは、先述した石館の薬剤師は「主治医の意図を完全に実現せしめるよう、専門的職能を行使する」ことの意義とその限界を確めることである。医師も薬剤師も、それぞれの分野における専門職である。そこには、それぞれの専門におけるディシプリンがある。そうであるならば、過剰投与が明白であったとしても、一般的にはその領域を超えることはできないとみるべきであらう。したがって、この面での分業による経済的メリットは一般論としては期待すべきでない。ただ、そこに副作用、配合禁忌その他患者の薬歴から好ましくない——患者の人権にかかわる恐れのある場合に限られるべきである。そして、それが個別に解決しない場合には、専門家集団相互の検討課題とすべきであらう。医薬分業は、医師団体と薬剤師団体との協業でなければならぬ。分業により経済的メリットが期待されるとすれば、薬価請求の適正化ということに尽きるのではないか。それは、明治以来の薬礼——さらにはその世俗化としての潜在技術料からの完全脱脚を意味するにとともに、それが専門職としての薬剤師の職業倫理でなければならない。

昭和六三年、日本薬剤師会医薬分業対策特別委員会は、二年間にわたる活動の結果、「医薬分業推進の具体的方策に関する中間答申」を行った。それによると、分業率は、処方せん発行対象投薬対比で約一〇パーセント、絶対数は年間一億二〇〇〇万枚を超えているが、国民総保険医療費に占める薬局調剤報酬額の割合は、二・〇パーセントに過ぎなかった。

この答申は、医薬分業に対する問題点を、医師側、薬局および薬剤師側、国民の側、行政側とそれぞれ分類してそれぞれの問題点を検討するのであるが、薬局、薬剤師側の問題点として、調剤実践の個人的・地域的格差の顕在化、指導者不足による地域医薬分業の停滞、ハードからソフトへ伝統的調剤からの脱却、薬価引下げによる調剤薬局の経

営負担の増大、OTC市場の不振、医療人としての自覚の不足と苦悩などを挙げ「いま、新しい出発点にたつて、薬剤師は果して理論武装されたか？ いささかの反省を禁じえない。」と結んでいる（日本薬剤師会雑誌、昭和六三年八月）。その反省は、いかなる内容においてであるのか。薬局・薬剤師が患者・国民の立場に立つならば、いま、すぐに行えることがあつたはずである。戦後しばらくの間、ブームに沸いたあの大衆薬に対する服薬指導、さらに可能ならば薬歴管理である。さきに武見は「大衆薬についても、長期使用、過剰使用して害あるものは勧告する」と宣言した。昭和三年頃から相次いだアンブル入かぜ薬死亡事故は、その典形であろう。三〇人余が死亡に至った事件にもかかわらず、厚生省は、「自主的に販売を一時停止を要請する」にとどまった。アンブルかぜ薬は、当時すでに大量投与、大量消費が行きつまり、大衆薬の乱販売合戦の起死回生の商品として出現したのであつた。そして、それを放置したのみか、加担させた薬局・薬剤師の姿勢こそ反省の出発点とさるべきであろう。この医薬品乱売による過当競争の結果、不良医薬品販売防止を理由に薬局等適正配置のための規制の合憲性をめぐつての訴訟で、最高裁は「競争の激化——経営の不安定——法規違反という因果関係に立つ不良医薬品の供給の危険が、薬局等の段階において、相当程度の規模で発生する可能性があるとする」とは、単なる観念上の想定にすぎず、確実な根拠に基づく合理的な判断と認めがたい」（薬局等の適正配置規制事件、昭和四三年（行ツ）第一二〇号、最高）と断じている。要するに、過当競争による不良医薬品からの国民の健康防衛はたんなる口実であり、本心は、自己の薬局等の経営防衛ではないか、といっているのである。「医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。」（薬剤師法第一条）とする薬剤師の任務にてらし忸怩たるものがなければならぬ。かかる反省に立たない限り、医薬分業といつても国民の信頼はえられないであろう。まして、最近、スイッチOTCなど切れ味のよい薬が大衆薬として販売されるようになったので、その必要性はなおさらである。

昭和六〇年の医療法の改正により、薬局・薬剤師は、医療提供者として位置づけられた。それは、高齢化社会の到来をひかえ、薬局・薬剤師が国民のセルフメディケーションのよき助言者たることを期待してのことであった。医療分業も、それを出発点として、開花することであろう。照顧脚下ということであろうか。

まとめ

以上、医療分業をめぐる戦前からの論議を医師団体、薬剤師団を中心に概観した。それは次のように要約できる。医療制度としての医療分業は、戦前戦後連続か非連続かと問われるならば、制度としては連続と答えざるをえない。しかし、その意図するところは迂余曲折を経たといつてよい。

明治七年、わが国初の医事法ともいふべき「医制」に、「医師タル者ハ自ラ薬ヲヒサクコトヲ禁ス」と明定し、その違反者に対し「開業ヲ禁シ」るなど、医療西洋化の一環としての医療分業実施に対する立案者の並々ならぬ決意をうかがい知ることができる。しかし、それが医師に向けての禁止規定とされているように、従来、医師は薬師（くすし）と呼ばれ、医師の調薬兼帯がそのあるべき姿であった。しかも、その薬礼は、貧者からは薄く、富者からは厚く、「医は仁術」との儒教的モラルに支えられた淳風美俗ですらあった。また、薬剤師（免許薬舗開設者）数も、医制により既得権を保障された医師数に比し格段の差があったので、政府も旧慣としてこれを黙認せざるをえなかった。とはいふものの薬剤師は、自らの団体を結成し、医療分業の完全実施を目ざし運動を開始した。

しかし、明治二十二年制定の「薬律」附則に「自ラ診療スル患者ノ処方」に限定はされたものの医師にも調剤権が認められ、現状肯定された。薬剤師団体にとっては、それは「医制」からの後退でしかなかった。以後、薬剤師団体は、全国組織としての日本薬剤師会として体制を整え「薬律」改正運動を帝国議会に向け展開した。これに対抗する

ため医師も「大日本医師会」を結成、以後、両団体は医薬分業をめぐり、抗争を繰返せることとなる。しかし、わが国の資本主義経済発展に伴い、「施設施設」が設立されるなどに及んで、医師の調剤兼帯を支えてきた儒教的モラルはいつしか形骸化し、両団体の医薬分業をめぐる抗争は、医師と薬剤師との業権争いともいふべきものになる。この限りにおいて、この時期における医師団体および薬剤師団体は、その凡百の論議にもかかわらず、専門家団体というより、経済団体の性格が濃厚であったといつてよい。

戦後、医薬分業の請議は、占領軍の日本民主化政策の一環として再燃する。ここでは、GHQの担当官サマスの「日本では、医師が薬を売り、歯科医師が金を売り、薬剤師が雑貨を売っている。」との言に象徴されるように、医薬分業＝普遍、医師の調剤兼帯＝特殊との観念のもとに医師団体、薬剤師団体攻守所を変えての論議が展開された。

ここにおける日本医師会の医薬分業に対する主張は、法律による強制分業は反対、任意分業なら賛成である。つまり、医療における技術料が医療費に適正に評価されるならば、医薬分業はおのずと実現する。ただし、医療の一貫性という観点から、その主体はあくまで医師であり、またそれが故に医師の調剤権は留保されなければならない。というのである。そして、武見太郎会長自ら「医療資源の開発と配分」なる大テーマのもと、その理論化が試みられた。

しかし、第二次大戦後の医療の流れは、「ニューレンベルグ綱領」、「ヘルシンキ宣言」などにみられるように、被験者ないし患者の権利に対し無関心でありえなくなった。しかも、それは、新薬の開発、医療の高度化に伴い、益々切実な問題とされるに至った。それのみでない。それは社会の高齢化を促進するとともに、逆に国民総医療費の抑制が要請されるようになる。そして、この双方の問題解決の一環として医薬分業が再び脚光を浴びることになる。インフォームド・コンセントの手段としての処方せんの開示であり、薬価差益および薬の過剰投与、いわゆる薬漬け医療の是正のための薬剤師職能の再評価である。

一昨年来、厚生省は、医薬分業促進に本腰を入れつつあるが、その力点は後者にあるとみられる。それが故に、薬剤師職能の再評価が薬剤師団体のコオポラティズム化に連なるものであつてはならない。片や、従来、医療の客体であつた患者が、医療において人格権の主体として登場しつつあるのだから。そして、薬剤師による過剰投与の是正も、この限度に於てでなければならぬ。この場合、医薬協業こそが専門家団体としての医師団体、薬剤師団体に要請されているといつてよい。その意味からは医薬分業は、戦前戦後非連続であるといつてよいのかも知れない。